

ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ВНУТРИТАЗОВЫХ АНАСТОМОЗОВ ВЕРХНЕЙ ЯГОДИЧНОЙ АРТЕРИИ

Кузьменко А.В.

*УО «Витебского государственного ордена Дружбы
медицинского университета»*

Введение. Основным методом лечения аневризм верхних ягодичных артерий, в настоящее время, является эндоваскулярная эмболизация магистральных стволов этих сосудов [1]. Противоречивые данные о вариантах ветвления вышеуказанной артерии [2] значительно усложняют оперативные вмешательства, а внутрисосудистое размещение эмбола без учета особенностей коллатерального русла приводит к некротическим процессам в мягких тканях стенок таза [3].

Таким образом, остаются актуальными исследования, направленные на получение сведений по вариантной анатомии магистрального и окольного русла верхней ягодичной артерии.

Целью исследования явилось выявление вариантов анатомии магистрального ствола и анастомозов верхней ягодичной артерии.

Материал и методы. В основу настоящей работы положены данные секционных исследований, выполненных на 7 нефиксированных и 46 фиксированных трупах людей обоего пола в возрасте от 35 до 79 лет с обеих сторон туловища. Измерение наружного диаметра выделенных в ходе препарирования магистральных артерий и их анастомозов проводилось с помощью микрометра МК-67.

Исследование топографии артерий забрюшинного пространства с учетом разницы доступов на нефиксированных и фиксированных трупах осуществляли со стороны брюшной полости. После вскрытия полости живота последовательно обнажали вначале правую, а затем левую задние стенки живота. По линиям верхушек поперечных отростков поясничных позвонков рассекали брюшину, предбрюшинную клетчатку и внутрибрюшинную фасцию от диафрагмы до I крестцового позвонка. В отрогах внутрибрюшной фасции последовательно выделяли аорту, нижнюю полую вену, поясничные, нижние диафрагмальные, подвздошно-поясничные артерии, глубокие артерии, огибающие подвздошную кость. Оценивали их топографию и степень выраженности анастомозов.

При исследовании топографии сосудов области таза продолжали отслаивать брюшину, предбрюшинную клетчатку и тазовую фасцию от I крестцового позвонка по ходу ветвей подвздошных артерий на всем их протяжении. Последовательно выделяли ветви наружной подвздошной артерии: глубокие артерии, огибающие подвздошную кость, нижние надчревные артерии. Затем выделяли ветви внутренней подвздошной артерии: подвздошно-поясничные, боковые крестцовые, верхние и нижние ягодичные, запирательные артерии. Оценивали их топографию, степень выраженности анастомозов между ними.

Результаты исследования. Наружный диаметр верхней ягодичной артерии у ее начала составляет справа $4,2 \pm 1,2$ мм, слева $4,0 \pm 1,0$ мм. В своем начальном отделе ($2,3 \pm 0,4$ см с обеих сторон от уровня формирования) верхняя ягодичная артерия имела большое количество анастомозов, как с париетальными, так и с висцеральными ветвями внутренней подвздошной артерии, а также с ветвями наружной подвздошной артерии. На более дистальных уровнях сосуд анастомозов в тазовом отделе не имел. В $77,4 \pm 5,7\%$ случаев справа (41 препарат) и в $81,1 \pm 5,4\%$ случаев слева (43 препарата) верхняя ягодичная артерия анастомозировала с подвздошно-поясничной артерией. В $77,4 \pm 5,7\%$ случаев справа (41 препарат) и в $83,0 \pm 5,2\%$ случаев слева (44 препарата) мы обнаружили ее анастомоз с боковой крестцовой артерией.

В $64,2 \pm 6,6\%$ случаев справа (34 препарата) и в $69,8 \pm 6,3\%$ случаев слева (37 препаратов) а. glutea superior формировала артериальные соустья с медиальной крестцовой артерией. Средний наружный диаметр этих анастомозов составлял $0,9 \pm 0,2$ мм справа и $1,0 \pm 0,2$ мм слева. В $34,0 \pm 6,5\%$ случаев справа (18 препаратов) и в $39,6 \pm 6,7\%$ случаев слева (21 препарат) мы выявили соустья верхней ягодичной артерии с внутренней половой артерией. Эти анастомозы имели средний диаметр $1,0 \pm 0,2$ мм справа и $1,2 \pm 0,1$ мм слева. В $64,2 \pm 6,6\%$ случаев справа (34 препарата) и в $73,6 \pm 6,1\%$ случаев слева (39 препаратов) обнаружены анастомозы верхней ягодичной артерии с запирательной артерией. Средний диаметр этих анастомозов справа $1,1 \pm 0,2$ мм, слева $1,3 \pm 0,1$ мм. В $15,1 \pm 4,9\%$ случаев справа (8 препаратов) и в $24,5 \pm 5,9\%$ случаев слева (13 препаратов) верхняя ягодичная артерия анастомозировала с нижней брыжеечной артерией. Анастомозы имели средний

диаметр $0,8\pm0,1$ мм справа и $1,0\pm0,1$ мм слева. В $7,6\pm3,6\%$ случаев справа (4 препарата) и в $9,4\pm4,0\%$ случаев слева (5 препаратов) обнаружены анастомозы верхней ягодичной артерии с верхней прямокишечной артерией. Средний диаметр этих анастомозов справа $0,7\pm0,1$ мм, слева $0,8\pm0,1$ мм. В $15,1\pm4,9\%$ случаев справа (8 препаратов) и в $13,2\pm4,6\%$ случаев слева (7 препаратов) верхняя ягодичная артерия образует анастомозы со средней прямокишечной артерией. Эти анастомозы имели средний диаметр $0,8\pm0,2$ мм справа и $0,7\pm0,2$ мм слева. В $7,6\pm3,6\%$ случаев справа (4 препарата) и в $5,7\pm3,2\%$ случаев слева (3 препарата) верхняя ягодичная артерия анастомозирует с нижней мочепузырной артерией. Средний диаметр этих анастомозов справа $0,6\pm0,1$ мм, слева $0,7\pm0,1$ мм.

В $79,3\pm5,6\%$ случаев справа (42 препарата) и в $86,8\pm4,6\%$ случаев слева (46 препаратов) верхняя ягодичная артерия анастомозировала с нижней ягодичной артерией. Средний диаметр этих анастомозов справа $1,3\pm0,3$ мм, слева $1,5\pm0,2$ мм. В $32,1\pm6,4\%$ случаев справа (17 препаратов) и в $39,6\pm6,7\%$ случаев слева (21 препарат) мы обнаружили анастомоз верхней ягодичной артерии с глубокой, огибающей подвздошную кость артерией. Этот анастомоз имел средний диаметр $0,9\pm0,1$ мм справа и $1,0\pm0,1$ мм слева.

Выводы.

1. Левая верхняя ягодичная артерия анастомозирует с артериями таза и поясничной области чаще, чем правая.

2. Правая и левая верхние артерии формируют наиболее крупные анастомозы с боковой крестцовой и нижней ягодичной артериями.

Литература

1. Bouarthroum A. Bilateral mycotic aneurysm of the superior gluteal artery / A. Bouarthroum, R. El Khloufi, R. El Hassani // Ann. Vasc. Trauma. – 2009. – Vol. 23. – № 5. – P. 686–689.

2. Волчкевич Д.А. Топографо-анатомические особенности строения ягодичных артерий / Д.А. Волчкевич // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2009. – Vol. 23. – № 5. – P. 686–689.

3. Silberzweig J.E. Transcatheter arterial embolization for pelvic fractures may potentially cause a trial of sequela: gluteal necrosis, rectal necrosis, and lower limb paresis / J.E. Silberzweig // J. Trauma. – 2009. – Vol. 67. – № 2. – P. 416–417.